

初診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	ご住所	〒 -
お名前					
生年月日	昭和・平成 年 月 日		歳 カ月		
電話	有・無 ()			携帯電話	有・無 ()

妊	妊娠中の経過	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常	[具体的に]
娠	出産の経過	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常	[具体的に]
出	生まれたときの経過	<input type="checkbox"/> 正常	出生時体重_____g	
産		<input type="checkbox"/> 異常		[具体的に]

成長・発達	☆ 健診や育児相談で発達について何か指摘されたことがありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある [具体的に]
	☆ 大きな病気や手術をしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 歳ごろ[具体的に] 歳ごろ[具体的に]

アレルギー	☆ 医師にアレルギーがあるといわれたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある [具体的に]
	☆ お薬で合わないものはありましたか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある [具体的に]

生活・家族	☆ ご家族の構成についてご記入ください ・一緒に住んでいる方は年齢もご記入ください ・ご家族で病気をされた方やアレルギーと言われた方がいらっしゃる場合は備考欄にご記入ください <div style="text-align: right; font-size: small;"> ※患児の姉妹・兄弟 患者様ご本人には ◎をお付けください </div> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;"> 祖父 歳 祖母 歳 </td> <td style="width: 10%; vertical-align: middle;">} 父</td> <td style="width: 10%; vertical-align: top;">歳</td> <td style="width: 10%; vertical-align: middle;">{</td> <td style="width: 15%; vertical-align: top;"> 第一子 男・女 歳 [] 第二子 男・女 歳 [] 第三子 男・女 歳 [] </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 祖父 歳 祖母 歳 </td> <td style="vertical-align: middle;">} 母</td> <td style="vertical-align: top;">歳</td> <td style="vertical-align: middle;">{</td> <td style="vertical-align: top;"> 第四子 男・女 歳 [] 第五子 男・女 歳 [] </td> </tr> </table>	祖父 歳 祖母 歳	} 父	歳	{	第一子 男・女 歳 [] 第二子 男・女 歳 [] 第三子 男・女 歳 []	祖父 歳 祖母 歳	} 母	歳	{	第四子 男・女 歳 [] 第五子 男・女 歳 []
祖父 歳 祖母 歳	} 父	歳	{	第一子 男・女 歳 [] 第二子 男・女 歳 [] 第三子 男・女 歳 []							
祖父 歳 祖母 歳	} 母	歳	{	第四子 男・女 歳 [] 第五子 男・女 歳 []							
	☆ 保育園・学校に通っていますか？ <input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 行っている (名称をご記入ください) <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 保育園・幼稚園 小学校 中学校 </div>										

備考	
----	--